

6. 紹介率を向上させる方策

本院では紹介率の向上をめざして、ワーキンググループを設置し、平成8年3月に4項目の答申を頂いた。同年6月には医事課が中心となって3項目の対策を発表した。これらをまとめて、紹介率を向上させるための方策を簡条書で示した。

- 1) 県内の関係の医療機関と患者さんに特定機能病院の主旨を知らせ、本院への受診は紹介状の持参が原則であり、かつ紹介のメリットの周知徹底を図る。
- 2) 関連病院、診療所、同窓会員などに紹介用紙を定期的に配布し、紹介をお願いする。
- 3) 紹介された患者を的確に診療し、初診時、入院時、手術時、退院時などにその都度紹介医に報告をする。
- 4) 紹介患者の診断が確定したり、病状が軽快した場合には、紹介医に逆紹介し管理をお願いする。
- 5) 同一病名で3カ月以上経過し来院した場合には、

初診扱いになるので、再来は、3カ月以内に来院するよう指示する。

- 6) 事務部および医師による紹介患者のチェック漏れをなくする。

このような努力を平成9年3月迄実行したが、やはり診療報酬上の紹介率は平均で20%を越すことができなかった。そこで平成9年4月から、慢性疾患の患者に限り再診の期限を6カ月に延長する措置を構じた。

その結果は医療法上の紹介率は平成8年の平均34.7%から9年4-6月の平均40.3%へ診療報酬上の紹介率も平成8年の18.5%から9年4-6月には24.8%へと上昇し、20%を越える好成績が得られた。

紹介率の向上のための努力はこのように1つの成果をみたが、大学病院としては、初心に戻り、紹介患者への対応を的確に行い、紹介頂いた先生の御要望に答える努力を一層行うべきであろう。

地域医療と病診連携

三 木 龍 昭

徳島県医師会副会長

日本の医療保険制度は、世界に冠たる立派な制度であると認識しているが、医療を取り巻く環境は、国民皆保険制度を創設して以来約36年を経た今日では産業構造の変化、疾病構造の変化、人口の高齢化、医療の進歩、高度な医療機器の開発等により医療費の膨大化を来し、一方では経済基調の変化に伴い、医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大して、国民皆保険制度そのものが存続することが難しい状況になって来ております。

厚生省も行財政改革の中で、あらゆる問題点を整理して新しい医療制度の確立を模索しております。(平成9年8月7日、厚生省は21世紀の医療保険制度-医療保険医療提供体制の抜本的改革の方向案を呈示した。)

医療提供体制はその分野の一部ではあるが、私等も地域住民の医療に直接携わっている関係上放置出来ず、住民に適正かつ効率的医療サービスを提供することが重要な課題となっております。

我が徳島県医師会も鈴江会長の就任を期として「地域医療の充実」を主要事業の一つとして掲げております。又徳島大学医学部長加藤逸夫先生(徳島医学会会長)、徳大附属病院長青野敏博先生(徳島医学会副会長)をは

じめ大学医学部の先生方のご理解とご協力により第212回続いている徳島医学会の門戸を開いて頂いて、昨年より徳島医学会を地域医療推進のための情報交換の場として、研究の場として、あるいは交流の場として利用させて頂いております。

地域医療は今後少子高齢化の進展と低経済成長下では、如何に進展させるか、政府と共に考慮すべき時期と思われます。もとより自由開業制や医療機関へのフリーアクセスの基本を維持しつつ医療機関の機能分担を明確化して、病床数や医師数の問題も含めて医療の需要に見合った良質で適正かつ効率的な医療提供体制の確立が求められています。

良質の医療を確保するには、患者の立場を重視して患者と医師との信頼関係をよく維持しながら医療に関する情報提供の推進を図らなければなりません。又医療機関相互の役割分担と情報ネットワークの形成が必須条件となります。日本医師会の推進している「かかりつけ医」(地域住民から信頼性あり、患者後送のための受皿となる二次三次病院と連携あり、又現在言われている地域支援病院の確保)、専門病院、特定機能病院との協力がな

くは成功しないと思われます。

又病診連携を広く普及せしめるためには次の条件が必要であると日本医師会は列挙しております。

1. 病診連携は双方にメリットがなければならない。
2. 診療所側は、紹介先の設備、収容能力、条件などを理解して、受け入れ側との信頼関係を構築しておくこと。
3. 診療所側は、自分の施設の能力の限界をわきまえ、早期紹介に努める。
4. 診療所側は、紹介先の必要とする検査項目などを日常診療に取り入れておき、情報の開示を行うこと。

かかりつけ医は情報を交換しながら重層的なオープン体制即ち、開放型病床の利用による共同診療へと進むべきと思われます。

本県の医師は昔から累代同じ地域に住み、その地域の住民と信頼と友情で結ばれてきた特殊な土着の生態を持つ人が多く、そのために自己完結型の行動を取って来たが、新しい時代への展開として地域包括型の活動へと転換を求めている、日本医師会も「かかりつけ医」や「在宅医療」や「病診連携」等の新しい分野の構築に努力して地域医療の充実に協力してくれると思います。病診連携は新しい医療制度に相応しい制度だと思います。

保健・医療施設等相互間の機能分担と連携

松 本 学

徳島県保健福祉部長

本県は、医療資源にはいへん恵まれているといわれている。例えば、医師数は、人口10万人当たり全国平均の184人を大きく上回る250人となっており、全国第2位となっている。また、本県の病院の病床数も、人口10万人当たり全国平均の1,330床を大きく上回る2,090床となっており、これも全国第2位となっている。

しかしながら、高齢化や核家族化の進行、経済水準の高まり、疾病構造の変化、医学・技術の高度化及び県民の大病院指向等により、医療サービスへの需要は質量ともに急激に増大し、かつ多様化をみせている。

本県のように、医療資源に恵まれているところでも、これらの動向に適切に対応するには限界が生じてきた。また、今日、単独の保健医療施設だけで医療を完結させることが困難な状況となってきたことは、御承知のとおりである。そこで、医療資源をいかに有効に活用するかが求められている。

こうした状況の下、県では、「いつでも、どこでも、等しく高度な保健医療サービスが受けられる徳島づくり」を基本理念とする保健医療計画を策定し、保健医療の充実を図ってきた。

また、この保健医療計画は、法律で5年毎の見直しを行うよう定められており、県では、現在この見直し作業に着手している。昨年度には、この計画の中心となる、一般医療を完結すべき圏域である2次保健医療圏の設定

について県医療審議会の答申をいただいた。その内容は、2次保健医療圏については、これまでの東部・南部・西部の3圏域からそれぞれを2分割し、6圏域とするのが適当であるとするものであった。

現在、県では、この6つの2次保健医療圏を前提に、それぞれの圏域で一般医療を完結できるよう計画策定の作業を進めているところである。

県としては、この新しい保健医療計画の中で、保健・医療施設等相互間の機能分担と連携についても記載する予定である。大まかな考えとしては、現在国会で継続審議中の医療法改正案の中で新しく作られることとされている、「地域医療支援病院」の各2次保健医療圏ごとの整備目標を定め、各2次保健医療圏ごとに医療の機能を体系化すること、病院機能の開放化を進めること、保健医療に関する情報システムの活用を図ることなどについて記載すべく検討している。今後、医療審議会の委員の先生方にご検討いただくこととなっている。

このようにして、各保健医療機関等の機能分担を前提とした縦横の連携をシステムとして作り上げていこうということである。

もちろん、これらの計画を実効あるものにしていくためには、大学病院や地域の中核的な病院等の援助、協力が不可欠である。

近年、大病院指向や重複受診の傾向がみられるが、県